

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE CUTANÉE

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BALE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR
UGO ZANARDI (DE TRIESTE)

BERNE
IMPRIMERIE STÄMPFLI
1888

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE CUTANÉE

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BALE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
UGO ZANARDI (DE TRIESTE)

BERNE
IMPRIMERIE STÄMPFLI
1888

A MONSIEUR

LE D^R HECTOR CRISTIANI





Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE CUTANÉE.

La tuberculose peut intéresser le système cutané dans ses différentes parties et sous des formes différentes. A l'heure actuelle on ne saurait plus parler simplement d'une tuberculose cutanée, mais il faudrait spécifier de quelle forme de cette maladie on entend parler.

Certaines affections de la peau qui, jusqu'à il y a quelques années, n'étaient pas même soupçonnées d'être de nature tuberculeuse, sont considérées aujourd'hui définitivement comme telles.

Le critérium de l'anatomie pathologique, très probant, il est vrai, n'était pas suffisant dans l'espèce; les cliniciens, en se basant sur des caractères différentiels très positifs, se refusaient absolument d'accepter une pareille idée. La bactériologie aujourd'hui nous permet avec beaucoup plus de sûreté de trancher cette question.

Nous voyons, en effet, de jour en jour la sphère de la tuberculose, qui était très-restreinte d'abord, s'agrandir de plus en plus.

Ainsi, pour ne parler que des formes que cette maladie peut revêtir à la peau, il y a peu d'années on n'en parlait pas ou du moins on considérait comme très-hardi d'en admettre une. Plus tard, quand on fut forcé d'y croire, on considérait la tuberculose de la peau comme étant toujours secondaire, sous la dépendance de la phthisie. Aujourd'hui, les publications se suivent nom-

les malades quand cette maladie se présente au visage, ce qui est la règle.

Selon cet auteur ces malades ressembleraient à des loups ! Cependant il est un des premiers qui, en rattachant le lupus à la scrofule, a apporté un grand jour dans cette question si obscure.

*Alibert*¹⁾ changea le nom de dartre rongeante contre celui d'esthiomène et rapprocha cette maladie du psoriasis, de l'eczéma, de l'impetigo, etc.

*Hardy*²⁾ suit l'idée de *Dévergie* ; il croit tous les lupus d'origine scrofuleuse. Le nom de scrofulide essaie de remplacer celui de lupus ; mais ici comme ailleurs ce n'est pas avec des nouvelles dénominations, ajoutées aux trop nombreuses déjà existantes, qu'on écarte la confusion.

Ce fut *Bazin*³⁾ qui introduisit le mot scrofulide ; c'est aussi dans ses travaux que nous avons trouvé le plus de renseignements historiques.

*Gintrag*⁴⁾ range le lupus parmi les scrofulides, qui appartiennent à la classe des maladies cutanées chroniques par diathèse polygénique. Il avoue cependant que la syphilis héréditaire pourrait ne pas être étrangère à la production du lupus. Cet auteur divise la maladie qui nous occupe en trois catégories : le lupus tuberculeux, ulcéreux et hypertrophique. — Mais à propos de cette dernière variété, il fait remarquer avec raison qu'elle diffère beaucoup des deux autres.

Dans son travail sur le lupus *Bazin*⁵⁾ décrit cette affection de la manière suivante :

„Le lupus est une affection de la peau, caractérisée anatomiquement par la présence de petites tuméfactions

¹⁾ *Alibert*. Monographie des dermatoses. Paris, 1835.

²⁾ *Hardy*. Leçons sur les maladies de la peau. Paris, 1858—59.

³⁾ *Bazin*. Art. dermatoses in Dictionnaire encyclop. des Sciences médicales.

⁴⁾ *Gintrag*. Pathologie interne. Paris, 1853.

⁵⁾ *Bazin*. Article „Lupus“ du Dict. Enc. d. Sc. Méd., pag. 204—205.

pleines, solides, circonscrites, indolentes, quelquefois solitaires, ordinairement multiples et groupées, plus volumineuses et plus profondes que les papules et constituées par une sorte d'hypertrophie de la membrane tégumentaire.

„Ces petites tumeurs ne sont autre chose que l'altération connue en pathologie sous le nom de tubercules. Elles ont pour attribut spécial, dans le cas qui nous occupe, de corroder et de détruire la substance organique; mais ce résultat s'opère par des procédés très différents.

„Tantôt, en effet, les saillies tuberculeuses n'offrent aucune tendance à l'ulcération; elles n'agissent sur les tissus que par une sorte de désorganisation intérieure et profonde suivie plus tard de cicatrices indélébiles, sans qu'on observe à aucun moment la plaie la plus légère, la moindre solution de continuité préalable; c'est la „forme non ulcéreuse“, „le lupus non exedens“.

„Tantôt l'action destructive exercée par le produit morbide se traduit en dehors par une perte de substance sous la forme d'un ulcère ichoreux, de mauvais aspect, se recouvrant incessamment de croûtes épaisses, brunâtres, très adhérentes; c'est le lupus ulcéreux, exedens, vorax.

„Le lupus peut donc se comporter de deux manières très-différentes à l'égard des tissus qu'il atteint et ce fait lui imprime de telles modifications au point de vue des symptômes, de la marche, de la gravité, du traitement, qu'il est véritablement impossible de comprendre ces deux formes sous une description commune.“

Cependant jusqu'ici il n'est question que des formes cliniques du lupus et point ou très peu d'anatomie pathologique. — En effet les traités de dermatologie sont presque muets à cet égard.

Le lupus y est en général considéré comme le produit d'une inflammation chronique de la peau.

*Cazenave*¹⁾ le considère comme une dégénérescence, mais il ne dit pas de quoi.

*Lebert*²⁾ envisage le produit tuberculeux comme le résultat d'un travail phlegmasique avec infiltration de matière granuleuse et de cellules conjonctives embryonnaires.

*Pohl*³⁾ croit que dans le lupus ordinaire le point de départ de la maladie serait dans le réseau de *Malpighi* dont les cellules et les noyaux augmentent considérablement de volume, en même temps qu'un tissu de nouvelle formation se développe.

*Charles Robin*⁴⁾ considère le lupus (esthiomène) comme une tumeur mixte, de nature conjonctive (fibro-plastique) et épithéliale.

*Berger*⁵⁾ croyait que cette maladie était due à la pénétration du tissu épithélial du corps muqueux de *Malpighi* dans le tissu conjonctif du derme et le comparait de la sorte à l'épithélioma; *Bardeleben*⁶⁾, *Billroth*⁷⁾, *O. Weber*⁸⁾ sont aussi de cet avis; *Rindfleisch*⁹⁾, dans son traité d'anatomie pathologique, considère le lupus comme un adenôme des glandes sudoripares.

*Virchow*¹⁰⁾ constate qu'il y a production de petits nodules de nature conjonctive — une simple hyperplasie — c'est donc une production homologue; mais ce qui complique la chose, c'est la présence de cellules épithélioïdes dans l'intérieur de ces nodules.

¹⁾ *Cazenave*. Loc. cit.

²⁾ *Lebert*. Traité prat. des maladies scrofuleuses et tuberculeuses. Paris, 1849.

³⁾ *Pohl*. *Virchow Arch.* VI, cité par *Bazin*.

⁴⁾ *Ch. Robin*. Cité in: *Renaut*, Art. Dermatoses du Dict. Enc. d. Sc. Méd.

⁵⁾ *Berger*. De lupo. Greifswald 1849.

⁶⁾ *Bardeleben*. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. 1859.

⁷⁾ *Billroth*. Deutsche Klinik. 1856.

⁸⁾ *O. Weber*. Pitha und Billroth. II. Band.

⁹⁾ *Rindfleisch*. Traité d'hist. pathol., trad. franç.

¹⁰⁾ *Virchow*. Die krankhaften Geschwülste. II. Band.

*Auspitz*¹⁾, dans un travail très remarquable, observe que le lupus consiste dans une infiltration cellulaire du derme. Cette prolifération de cellules conjonctives se fait surtout par petits foyers de la grandeur d'une tête d'épingle, qui se voient par transparence à travers l'épiderme; ce sont les nodosités ou tubercules lupiques.

Cette affection a été encore étudiée par un grand nombre d'auteurs, entre autres par *Neumann*²⁾, *Kaposi*³⁾, *Volkman*⁴⁾, *Friedländer*⁵⁾, *Kæster*⁶⁾, *Malassez*⁷⁾, *Grancher*⁸⁾, *Besnier*⁹⁾, *Renaut*¹⁰⁾, *Colomiatti*¹¹⁾, *Champeil*¹²⁾, *Leloir*¹³⁾, *Cornil*¹⁴⁾, etc.

Friedländer pense que le lupus est la tuberculose de la peau. Le tubercule siège dans le derme et a toutes les propriétés des tubercules des autres organes. Une ou plusieurs cellules géantes (*Schüppel*)¹⁵⁾, des cellules épithélioïdes, une zone de cellules embryonnaires; en outre l'absence de vaisseaux.

1) *Auspitz*. Ueber die Zellinfiltr. der Lederhaut bei Lupus. Med. Jahrbücher. Wien 1864.

2) *Neumann*. Lehrbuch der Hautkrankheiten. Wien 1870.

3) *Kaposi*. Path. und Therap. der Hautkrankheiten. 1880—82.

4) *Volkman*. Berlin. klin. Wochenschr. 1875. — D. med. Wochenschr. 1885.

5) *Friedländer*. Untersuchungen über Lupus. Virchow. Arch. Band 60.

6) *Kæster*. Virchow. Arch. Band 48.

7) *Malassez et Vignal*. Tub. zoogléique. Archives de Phys. IV. 1884.

8) *Grancher*. Art. Scrofule du Dict. Enc. d. Sc. Méd.

9) *Besnier*. Annal. de Dermatologie et Syphilographie. Août 1883.

10) *Renaut*. Art. Dermatoses du Dict. Enc. d. Sc. Méd.

11) *Colomiatti*. Annali univ. di med. e chir. Nov. 1875.

12) *Champeil*. Soc. d. Sc. méd. Lyon, juin 1880; Arch. phys. Mars 1881.

13) *Leloir*. Société de Biol. 1882.

14) *Leloir et Cornil*. Société de Biol. 1883.

15) *Schüppel*. Untersuchungen über die Lymphdrüsentuberculose. Tübingen 1871.

L'anatomie pathologique ne lui permet pas de séparer cette formation des vrais tubercules.

*Colomiatti*¹⁾ (de Turin) a cru trouver une différence entre les tubercules lupiques et les autres, en constatant dans les premiers un réticule adénoïde entre les cellules de la zone des granulations et même dans la couche des cellules épithélioïdes.

Mais *Champeil*²⁾ démontra l'existence d'un pareil réticule adénoïde aussi dans les tubercules pulmonaires, développés dans les travées de sclérose du poumon (tissu analogue au derme).

Chandelux et *Larroque*³⁾ confirmèrent les recherches de *Colomiatti* et *Champeil*, et *Renaut*⁴⁾, chez qui ces dernières recherches ont été faites, conclut que le nodule du lupus — qui naît, se constitue, évolue, se propage comme le tubercule légitime — est un cas particulier de la tuberculose de la peau.

*Leloir*⁵⁾ et *Cornil*⁶⁾ essayèrent des inoculations à des animaux avec des morceaux de lupus: la moitié des expériences donnèrent des résultats positifs, mais il faut remarquer que les résultats furent beaucoup plus lents à se produire qu'avec des tubercules pulmonaires.

En 1882 quand *Koch* découvrit le bacille de la tuberculose, qui porte son nom, on s'empressa naturellement de le rechercher dans les tubercules du lupus. Mais les premiers qui se livrèrent à de telles recherches en éprouvèrent une désillusion; il ne trouvèrent pas le bacille.

¹⁾ *Colomiatti*. Loc. cit.

²⁾ *Champeil*. Loc. cit.

³⁾ *Chandelux* et *Larroque*. Anatomie et signification pathologique du lupus. Paris, Delahaye, 1880.

⁴⁾ *Renaut*. Art. Dermatoses du Dict. Enc. d. Sc. Méd.

⁵⁾ *Leloir*. Société de Biol. Déc. 1882.

⁶⁾ *Leloir* et *Cornil*. Société de Biol. Juin 1883.

Mais ces investigations, continuées avec beaucoup d'ardeur, menèrent enfin à de bons résultats.

*Doutrelepon*¹⁾, *Pfeiffer*²⁾, *Demme*³⁾, *Koch*⁴⁾ finirent, après des recherches multiples, par retrouver des bacilles, mais tous furent d'accord à affirmer qu'on en trouve de petites quantités et qu'il faut examiner souvent de nombreuses coupes, avant d'en trouver un seul.

*Malassez*⁵⁾ et *Morisson*⁶⁾ ne réussirent jamais à en trouver, mais *Koch*⁷⁾ dernièrement a même pu en obtenir des cultures pures avec lesquelles il développa la tuberculose en série à des animaux.

Après ce court résumé sur la question du lupus on peut aujourd'hui se croire autorisé à considérer cette maladie comme étant une manifestation de la tuberculose — du moins pour ce qui concerne l'anatomie pathologique et la bactériologie.

Cependant si l'on compare un malade atteint du lupus avec un tuberculeux proprement dit, quelle différence! — Le premier est, pour ainsi dire, un homme sain, le second est un phthisique, c'est-à-dire un cachectique.

La quantité de bacilles — critérium de la maladie — si grande chez les tuberculeux, si petite chez les lupiques; en outre la maladie produite par inoculation à des animaux avec des produits morbides, si rapide avec les produits du phthisique, si lente avec ceux du lupique, tout cela nous porte à conclure que le lupus est bien une tuberculose, mais, comme l'ont dit *Cornil* et *Leloir*, c'est une *tuberculose atténuée*.

¹⁾ *Doutrelepon*. D. med. Wochenschr. 1885.

²⁾ *Pfeiffer*. Berlin. klin. Wochenschr. 1883.

³⁾ *Demme*. Berlin. klin. Wochenschr. 1883.

⁴⁾ *Koch*. Mittheilungen aus dem k. Gesundheitsamte von Dr. Streck. 2 vol. Berlin 1884.

⁵⁾ *Malassez* cité par Masse in art. Peau, Pathol. Dict. Enc. d. Sc. Méd.

⁶⁾ *Morisson* " " " " " " " " " " " "

⁷⁾ *Koch*. Loc. cit.

II. TUBERCULES DERMIFIQUES ET ULCÈRES TUBERCULEUX.

Les tubercules dermiques sont, de l'aveu de tous les auteurs qui en parlent, une affection très rare. Cependant il faut s'entendre sur la valeur des mots. Tel auteur qui ne mentionne pas même la tuberculose de la peau, nous parle de scrofulides malignes, de gommes scrofulieuses et d'autres manifestations, qui sont, sinon toujours, du moins souvent des formations tuberculeuses de la peau.

Ainsi *Alibert* ¹⁾ les appelle *tubercules celluloux*, *Lalouette* ²⁾ *scrofulules adipeuses*, *Guersant* ³⁾ et *Lebert* ⁴⁾ *abcès scrofuloux*, *Bazin* ⁵⁾ *scrofulules cellulouses*, *Desprez* et *Besnier*, ⁶⁾ auxquels on doit de belles descriptions de cette affection, les appellent *gommes scrofulieuses*.

Ces dénominations ont été employées collectivement pour les tubercules dermiques et hypodermiques.

La confusion qui règne à cet égard est due surtout au fait qu'on a interprété différemment leur nature, et leur étude nous amènerait directement à la discussion sur l'unité et la dualité de la scrofulule et de la tuberculose.

En étudiant cliniquement ces formations, on ne saurait déterminer avec précision les limites où un tubercule dermique commence et où il finit pour se confondre d'un côté avec le lupus tuberculeux et de l'autre avec les tubercules hypodermiques.

¹⁾ *Alibert*. Monographie des Dermatoses. 1835.

²⁾ *Lalouette*. Traité des scrofulules, etc. Paris 1780.

³⁾ *Guersant*. Dict. en 30 vol. Paris 1844.

⁴⁾ *Lebert*. Traité pratique des maladies scrofulieuses et tuberculeuses. Paris 1849.

⁵⁾ *Bazin*. Art. Dermatoses et Scrofulides du Dict. Enc. d. Sc. Méd.

⁶⁾ *Besnier*. Des gommes scrofulieuses. — Annales de Dermatologie et Syphil. 1883.

La classification que nous avons faite pourra sembler artificielle, mais elle est nécessaire pour la clarté de la description.

Besnier ¹⁾ divise ses gommes scrofuleuses en susaponévrotiques et sousaponévrotiques; il n'y a que les premières qui nous intéressent. Les gommes susaponévrotiques sont encore subdivisées en dermiques et hypodermiques: les premières correspondent à nos tubercules dermiques, les autres aux hypodermiques. Il nous semble dangereux d'employer le mot gomme pour une affection qui ne soit pas syphilitique.

Rayer ²⁾ avait déjà trouvé une bonne dénomination: il parlait de tubercules cutanés scrofuleux.

Les tubercules dermiques commencent par une infiltration du derme avec formation de follicules tuberculeux, qui au lieu d'être étalés en surface, comme dans le lupus, sont réunis ensemble et finissent par former des masses tuberculaires, correspondant aux lésions pulmonaires qui formeront des cavernes.

La couleur de la peau dans les endroits atteints est rouge lie de vin.

La masse tuberculaire se caséifie et ramollit — la peau s'ulcère et donne issue parfois à du pus plus ou moins épais, d'autres fois à des blocs caséeux de grandeur et consistance variable.

L'ouverture cutanée est généralement plus petite que la cavité, dont la voûte s'affaisse et laisse, en se cicatrisant, une cicatrice vicieuse, rétractée.

Parfois les tubercules dermiques s'ulcèrent avant d'être bien grands; au lieu de se réunir ensemble pour former, en se désagrégeant, pour ainsi dire une *caverne cutanée*, ils restent séparés en petits nodules jaunes-blanchâtres, qui, en s'ulcérant très-rapidement, donnent lieu aux ulcères tuberculeux de la peau.

¹⁾ *Besnier*. Loc. cit.

²⁾ *Rayer*. Loc. cit.

Cette dernière forme s'observe surtout à la figure et autours des orifices: les muqueuses du larynx et de l'intestin, plus rarement de la langue et du pharynx, peuvent aussi en être atteintes.

On voit sur les bords de l'ulcération, qui sont taillés à pic, des granulations jaunâtres qui ne sont autre chose que des tubercules en voie de caséification.

Il arrive parfois que les tubercules se trouvent sur une région de la peau, recouvrant des ganglions engorgés; il peut dans ces cas être très difficile de reconnaître s'il s'agit d'une lésion primitive de la peau ou des ganglions.

Au point de vue anatomo-pathologique, un tubercule cutané ressemble complètement aux tubercules des autres organes; c'est la réunion de plusieurs follicules tuberculeux comme nous les avons étudiés dans le lupus. Cependant on peut remarquer que les cellules géantes y sont plus rares et que le type embryonnaire domine dans la néoplasie. Le centre présente toujours une dégénérescence, qui est la même que celle des tubercules pulmonaires.

Quand l'ulcération se produit, le fond de la plaie est recouvert par des fongosités; les bourgeons charnus sont flasques et insensibles. Il y a toujours absence de vaisseaux.

Les inoculations avec les morceaux de ces productions à des animaux réussissent à les rendre tuberculeux; mais dans ce cas la maladie évolue avec une lenteur remarquable. La recherche des bacilles de la tuberculose, faite dans ces dernières années, a amené des résultats à peu près analogues à ceux du lupus. Les bacilles s'y trouvent souvent, mais selon *Demme*¹⁾, *Koch*²⁾, *Bouilly*³⁾, *Debove*⁴⁾, ils sont très peu nombreux. *Pelizzari*⁵⁾, sur

¹⁾ *Demme*. Berl. klin. Wochensch. 1883.

²⁾ *Koch*. Loc. cit.

³⁾ *Bouilly*. Cité par Masse in art. Peau, Pathol. Dict. Enc. d. Sc. Méd.

⁴⁾ *Debove*. " " " " " " " " " " " "

⁵⁾ *Pelizzari*. Giornale italiano delle le malattie veneree e della pelle. 1884.

60 coupes d'une gomme scrofuleuse, en a trouvé seulement trois et *Letulle*¹⁾, sur trois cas, en a trouvé un sur 20 préparations pour le premier cas, et point dans les deux autres.

Nous nous trouvons de nouveau en présence d'une affection due, ainsi que le lupus, à la présence d'un microorganisme, qui est celui de la tuberculose; mais il s'y trouve en si petite quantité et donne lieu à des altérations qui évoluent si lentement, qu'on est obligé de reconnaître qu'on a affaire aussi dans ce cas à une tuberculose atténuée.

III. TUBERCULES HYPODERMIQUES.

Les tubercules hypodermiques ou abcès tuberculeux sous-cutanés sont peut-être la plus fréquente des altérations tuberculeuses de la peau, mais aussi celle qui lui appartient le moins; en effet, comme le nome l'indique, il s'agit ici d'une lésion du tissu cellulaire sous-cutané.

Ces abcès commencent par de petites tumeurs de la grandeur d'un petit pois d'abord, qui peuvent atteindre ensuite les dimensions d'une noix et plus. La peau qui les recouvre est en général rouge foncé, mais n'est pas aussi altérée, du moins au commencement, que dans le cas de tubercules dermiques.

Ces tumeurs, dures d'abord, se ramollissent ensuite et, ouvertes, laissent échapper un liquide parfois purulent et caséeux, d'autres fois séro-sanguinolent.

Ces formations ont été considérées pendant longtemps comme une manifestation de la scrofule et on les appelait avec des noms différents, comme nous avons vu en traitant des tubercules dermiques. Au point de vue anatomo-pathologique ce sont des productions purement tuberculeuses.

¹⁾ *Letulle*. Soc. méd. des Hôpitaux, nov. 1884.

Dans le premier stade la tumeur consiste en une masse de follicules tuberculeux avec des cellules géantes et des cellules épithélioïdes.

Plus tard il se fait une caséification et un ramollissement central et l'abcès est constitué; c'est, en quelquesorte, une caverne du tissu cellulaire sous-cutané.

Quand on évacue le pus, les parois de l'abcès sont tapissées par une membrane pyogène, qui est formée par des follicules tuberculeux qui infiltrent les tissus environnants.

La recherche des bacilles dans le contenu de ces abcès est le plus souvent positive et en outre il est à remarquer qu'ils se trouvent généralement en grande quantité.

Cette forme de tuberculose est le plus souvent secondaire, car on l'observe très-fréquemment chez des phthisiques ou des scrofuleux très-fortement atteints par cette maladie.

Les tubercules hypodermiques sont plus graves et plus longs à guérir que les autres formes de la tuberculose de la peau, que nous avons étudiées jusqu'à présent.

IV. LYMPHANGITE TUBERCULEUSE ET ULCÈRE SERPIGINEUX.

Cette forme de tuberculose a été signalée seulement dans les derniers temps et est toujours secondaire réunissant une affection tuberculeuse primitive de la peau avec un autre point du corps, généralement un ganglion lymphatique.

Cette manifestation n'est que la propagation d'une inoculation tuberculeuse (ou un foyer tuberculeux quelconque) par les voies lymphatiques.

Les tubercules développés aux dépens des vaisseaux lymphatiques — soit aux dépens de la tunique interne,

soit aux dépens du tissu conjonctif périvasculaire — subissent le sort des autres tubercules: ils dégénèrent de la manière qui leur est propre.

Les trainées tuberculeuses, représentant les vaisseaux lymphatiques malades, peuvent s'ulcérer et nous avons alors ce qu'on appelle une ulcération serpiginieuse.

*Hanot*¹⁾ décrit un cas, consécutif à une piquûre avec un bistouri infecté; il se développa une lymphangite tuberculeuse qui aboutit à l'ulcération.

L'examen bactériologique permit de constater dans le suintement de cette ulcération une quantité très considérable de bacilles de Koch.

*Merklen*²⁾ relate le cas d'une femme qui, ayant soigné son mari phthisique, vit apparaître sur ses doigts d'abord, sur l'avant-bras ensuite, de petites nodosités réunies par des cordons indurés. L'ulcération s'ensuivit et on put recueillir du pus qui, à l'examen bactériologique, décela la présence d'une très grande quantité de bacilles de Koch.

Ce qu'il y a de remarquable ici, c'est que dans les deux cas la maladie locale fut suivie d'une généralisation: le premier malade mourut une année après et la femme de la dernière observation présenta une induration des sommets.

Dans ces deux cas, le nombre de bacilles était beaucoup plus grand et la marche de la maladie beaucoup plus rapide que dans les autres tuberculoses cutanées que nous avons étudiées; il s'agissait d'une tuberculose de la peau, non atténuée.

¹⁾ *Hanot*, cité par *Masse* in Art. *Peau* du Dict. Enc. d. Sc. méd.

²⁾ *Merklen*. Soc. méd. des Hop. 26 juin 1885. Paris.

V. TUBERCULES ANATOMIQUES.

Tous ceux qui ont eu l'occasion d'observer un certain nombre de blessures empoisonnées par le contact du suc provenant de cadavres ou de malades, ont pu se convaincre qu'entre les manifestations très-variées de cette infection il y en a une à marche éminemment chronique qu'on appelle tubercule anatomique.

A la place où se trouve la porte d'entrée du virus (généralement une piqure ou éraillure: quelques auteurs croient la solution de continuité non nécessaire), il se forme un petit bouton, ulcéré au milieu, qui suinte, en très-petite quantité, un liquide généralement très-ténu.

Cette petite tumeur que *Bryant*¹⁾, en acceptant la dénomination proposée par *Wilks*²⁾, appelle „verruca necrogenica“, consiste en une hypertrophie de l'épiderme et du derme et ressemble aux lésions initiales observées dans l'inoculation tuberculeuse.

Nous en avons déjà vu des exemples en parlant de la lymphangite tuberculeuse.

L'idée que le tubercule anatomique soit la conséquence d'une inoculation tuberculeuse provenant d'un cadavre ou d'un malade, niée d'un côté, a trouvé beaucoup de partisans dans ces derniers temps.

*Verneuil*³⁾, en se basant sur une observation communiquée à l'Académie de Médecine de Paris en 1884, n'hésite pas à se prononcer pour l'affirmative; chez son malade, d'ailleurs, la maladie a été suivie de généralisation.

*Besnier*⁴⁾ et *Vidal*⁵⁾ sont aussi de cet avis. D'autres, tout en reconnaissant à la maladie une cause parasitaire,

¹⁾ *Bryant*. Manual for the practice of Surgery, pag. 66, III. ed.

²⁾ *Wilks*, in Ashurst, Encycl. intern. de Chirurg. — *Pakard*. Art. Blessures empoisonnées.

³⁾ *Verneuil*. Bull. de méd. 1884, XIII, 118.

⁴⁾ *Besnier*. Cité par *Masse* in Art. Peau du Dict. Enc. d. Sc. méd.

⁵⁾ *Vidal*. " " " " " " " " " " " "

croient qu'elle pourrait être autre que la tuberculose, comme le disent *Poulet* et *Bouquet*.

*Chauvel*¹⁾, dans son travail sur les piqûres anatomiques, dit en avoir observé un cas où il a rencontré des bacilles de Koch, de même que *Verchère*, *Karg*, *Merklen*²⁾, *Tscherning* et *Riehl*.

*Lesser*³⁾, dans un tout récent travail, cite à propos d'une observation analogue de *Steinthal*, que nous n'avons pas pu nous procurer, le cas d'une femme qui s'inocula la tuberculose en soignant son mari qui plus tard est mort de cette maladie. Cette femme présenta en outre de vrais tubercules cutanés sur le bras, comme les deux malades qui feront l'objet de nos deux premières observations.

Monsieur le prof. *J. Reverdin*⁴⁾ de Genève rapporte l'observation d'un étudiant en médecine atteint de tubercule anatomique à la suite de l'autopsie d'un tuberculeux.

La petite tumeur, excisée et cautérisée au nitrate d'argent par M. le Dr *Cristiani*, avait récidivé; M. *Reverdin* l'excisa de nouveau, cautérisa la plaie au thermo-cautère et la guérison s'ensuivit.

Dans la partie excisée on trouva des bacilles de la tuberculose.

Dans le travail de M. *Reverdin* nous trouvons encore la mention de faits très-positifs qui ont trait à la question qui nous occupe: les cas de *Lehmann*, *Elsenberg*, *Hofmohl*, *Eve* se rapportant à des enfants juifs, auxquels la tuberculose fut inoculée pendant la circoncision (suction?) par un rabbin tuberculeux et en outre les cas de *Merklen*, *Holst*, *Raymond* où la tuberculose a été inoculée par les crachats tuberculeux dans de petites

1) *Chauvel*. Art. Piqûres anat. du Dict. Enc. d. Sc. méd.

2) *Merklen*. Loc. cit.

3) *Lesser*. Deutsche med. Wochenschr. 19 juin 1888.

4) *Reverdin*. Revue méd. de la Suisse romande, 20, juill. 1888.

blessures des mains. Cependant à tous ces faits positifs nous pouvons opposer quelques faits contraires.

Pollosson ¹⁾, en examinant quatre tubercules anatomiques, n'a jamais trouvé les bacilles de la tuberculose.

Cornil et *Ranvier* ²⁾ ont trouvé des micrococci et des diplococci, etc., mais ils n'ont jamais observé le bacille de Koch. Ils font cependant observer que les garçons d'amphithéâtre deviennent souvent tuberculeux.

En somme nous pouvons conclure que, sinon toujours, du moins souvent, le tubercule anatomique est une lésion locale de la tuberculose. Cette lésion tuberculeuse reste dans la règle locale et, sauf la résistance au traitement, peut être considérée comme bénigne; mais il y a des cas excessivement rares, où elle est suivie d'une généralisation de la maladie.

¹⁾ *Pollosson*. Province méd. 1887.

²⁾ *Cornil* et *Ranvier*. Man. d'hist. path. 1884.

Après cette courte revue des formes de la tuberculose cutanée nous allons présenter les observations de quelques cas se rapportant à ce sujet.

Nous avons examiné les malades chez M. le Dr *Cristiani* (à Genève) à l'amabilité duquel nous devons tous les détails que nous pouvons fournir.

OBSERVATION I.

Monsieur C . . . , âgé de 36 ans, graveur, a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 30 ans. Il dit n'avoir jamais eu de maladies vénériennes et il n'en porte en effet aucune trace.

Son père, qui était boucher et buvait beaucoup, est mort à 28 ans d'une maladie hydropique; sa mère vit encore, a 65 ans et est bien portante.

C . . . a un frère et deux sœurs; une de ces deux sœurs a eu, étant enfant, un hydrocéphale, à la suite de quoi elle est restée idiote. L'autre sœur s'est mariée et a eu 7 enfants, dont 4 sont morts: deux de méningite tuberculeuse et les deux autres de maladies inconnues.

Le malade même a eu trois enfants, dont l'un est mort à l'âge de deux ans de méningite tuberculeuse.

Il est à remarquer que sa famille est originaire d'un village du canton de Vaud, où l'on a l'habitude depuis très-longtemps de se marier entre parents, de manière qu'une grande partie des familles du village portent le même nom.

C . . . , il y a 5 ans, au mois de juillet, s'aperçut pour la première fois de la présence de plusieurs petites tumeurs à la peau, qui apparurent contemporanément dans des régions différentes et qui se développèrent en même temps.

Ces petites grosseurs étaient d'abord au nombre de 9; aux doigts, aux avant-bras, aux cuisses, aux jambes et au thorax. D'abord de la grandeur d'un petit pois, elles atteignirent au bout de deux à trois mois les dimensions d'une noisette, quelques-unes même étaient plus grandes.

Ces tumeurs étaient essentiellement cutanées, elles s'étaient développées dans le derme et glissaient très-librement sur les parties profondes.

Le malade ne s'en portait pas plus mal pour cela; il ne sentait qu'une certaine gêne dans les mouvements qui était très-accentuée pour celles de ces tumeurs qui siégeaient dans le voisinage immédiat d'une articulation. — Dans ce cas les mouvements du membre étaient très-difficiles et douloureux. Arrivées à une certaine dimension, celle d'une noisette en général, ces tumeurs, qui étaient d'abord très-dures, présentèrent un ramollissement à leur centre et en quelques jours une fluctuation très-nette était perceptible.

Ouvertes au bistouri, il s'en écoula une substance jaune - grisâtre, caséuse, molle, mais non absolument liquide.

Les plaies qui en résultèrent mirent un temps assez long à se fermer, en suintant un liquide séro-sanguinolent très-ténu; les cicatrices définitives sont étoilées et très-difformes; on remarque par places de petites chéloïdes.

Mais, en même temps que cette première poussée de tumeurs guérissait, il s'en formait d'autres et d'autres encore: au cou, au thorax, un peu partout. Il y en a eu quelques unes qui confluèrent et formèrent de grosses tumeurs lobulées d'abord et de vastes plaies fongueuses en suite.

Au mois de novembre, le malade s'étant exposé au froid, contracta une pleurésie gauche qui dura environ un mois et demi — et au commencement de janvier, pendant qu'il était encore au lit pour sa première pleu-

résie, une autre se manifesta à droite, qui guérit aussi au bout d'environ un mois.

Ces deux maladies intercurrentes ne modifièrent pas la marche de la maladie primitive; cependant on put remarquer que, dans les deux années qui suivirent, le nombre de nouvelles tumeurs diminua, mais leur volume était plus grand. Les tumeurs n'étaient pas seulement plus étendues, mais aussi plus profondes. Quelques ganglions dans l'aisselle gauche furent pris, de même que les ganglions sus- et sous-claviculaires du même côté: au bout de quelque temps il y eut ramollissement et la fluctuation se communiquait de l'aisselle au creux sus-claviculaire en passant par dessous le muscle grand pectoral.

Evidemment la maladie, d'abord seulement cutanée, n'était plus exclusivement telle.

La cicatrisation des tumeurs ouvertes durait beaucoup plus longtemps qu'auparavant, il restait des fistules intarissables; on avait affaire à de vrais abcès froids.

Le malade (nous sommes à la troisième année de la maladie) commença à souffrir au genou droit; la douleur et la fatigue pendant la marche ne le quittaient plus; l'articulation augmenta de volume et un abcès froid se montra sous le muscle droit antérieur. Cet abcès fut ouvert et, en comprimant l'articulation, le pus sortait à jets par l'ouverture pratiquée au milieu de la cuisse. Plus tard cet orifice se ferma, mais l'affection articulaire alla toujours en augmentant. Aujourd'hui (juillet 1888) le malade est maigre et cachectique: il a le facies typique d'un tuberculeux.

Il se plaint de sueurs nocturnes, de fièvre surtout le soir, il tousse beaucoup mais expectore très-peu. Les crachats sont blancs et muqueux.

On remarque sur son corps une trentaine de cicatrices, dont la plupart sont exclusivement cutanées et n'adhèrent pas aux parties profondes. Cependant il y en

a plusieurs, notamment au cou, au thorax, dans l'aisselle et sur le dos, qui sont adhérentes même aux os.

Sur plusieurs de ces cicatrices on remarque des orifices fistuleux et à la pression on peut faire sortir quelques gouttes de pus jaunâtre et inodore.

Le côté gauche du thorax est déprimé — c'est la marque de la première pleurésie. Les sommets des poumons présentent par places des matités dont la nature ne saurait être douteuse.

Au coude droit, sur l'épitroclée, on aperçoit une tumeur cutanée de la grandeur d'un gros haricot, qui est pareille à celles qui se développèrent au commencement de la maladie.

Le genou droit est très gros, sa circonférence est sensiblement le double que celle du gauche. On peut nettement percevoir le choc rotulien; le cul de sac supérieur de la synoviale est très-distendu et très-fluctuant. C'est le type d'une tumeur blanche du genou. La marche dans le dernier temps est très-gênée et l'extension complète n'est plus possible. Il y a un commencement de subluxation spontanée.

Le contenu des tumeurs examiné microscopiquement, consistait en débris caséux et globules de pus. L'examen bactériologique répété à plusieurs reprises, mais seulement à une période avancée de la maladie, a démontré toujours la présence des bacilles de Koch *en assez grande quantité*.

OBSERVATION II.

Madame Elise F . . ., de Lucerne, âgée de 26 ans, a 8 frères et sœurs qui jouissent tous d'une bonne santé.

Le père est mort il y a 20 ans, à l'âge de 40, d'une maladie très lente dont Madame F. ignore la nature; elle sait seulement qu'il était hydropique.

La mère a 66 ans et se porte très bien.

Madame F . . . a été bien portante jusqu'à l'âge de 23 ans, époque à laquelle elle s'est mariée.

Cependant trois mois avant son mariage elle s'aperçut de l'existence de quelques petites tumeurs sur la peau. La première de ces tumeurs se trouvait sur la partie antérieure du cou du pied droit; deux autres se trouvaient sur le dos de la main gauche, une à la racine du medius et l'autre sur le dernier métacarpien. Plus tard se manifestèrent encore deux tumeurs: l'une sur le cubitus droit, l'autre au milieu de la face interne du bras gauche.

Toutes ces tumeurs de comportèrent de la même manière: dures d'abord et indolores, elles se ramollissaient au bout d'un temps variable. Incisées, elles laissèrent sortir du pus blanc-jaunâtre, caséux, ressemblant à du vieux fromage, comme disait la malade. La guérison était très-lente à se produire et les cicatrices qui en résultaient étaient très recroquevillées et difformes.

Malgré tout cela Madame F . . . se portait très bien; quand les plaies se furent toutes cicatrisées, la malade se considéra pendant deux ans comme complètement guérie. Mais dans l'automne de l'année 1887 elle commença à tousser et à se plaindre d'un malaise général, de maux de reins, de points de côté.

Au mois de novembre une pleurésie se déclara à gauche et elle se soigna à la maison jusqu'au mois de février (jour 9) 1888: à ce moment elle entra à l'hôpital. On lui fit plusieurs ponctions et au mois d'avril elle en sortait sans être complètement guérie.

En outre elle commença à souffrir d'une oreille (la droite), d'où il sortait, dit-elle, du pus et du sang. Aujourd'hui Madame F . . ., août 1888, est très-maigre, elle n'a pas d'appétit, tousse beaucoup, ce qui l'empêche de dormir la nuit.

L'expectoration est très-abondante; les crachats jaune-grisâtre, purulents. Elle se plaint beaucoup de

transpirations nocturnes très-abondantes. Depuis huit mois ses règles en se sont montrées qu'une seule fois; il y a au contraire une leucorrhée continuelle et abondante. On remarque sur son corps les cicatrices des tumeurs aux places que nous avons mentionnées plus haut.

Il est à remarquer que sur la cicatrice du bras gauche on trouve une croûte très-épaisse, blanc-verdâtre, qui existe depuis deux ans.

Le thorax est enfoncé en avant, le côté gauche est uniformément déprimé et l'épaule gauche plus haute que la droite.

Son dos nous présente le phénomène appelé „scapulae alatae“.

Déjà à distance on entend un gargouillement, qui à l'auscultation se retrouve dans presque toute l'étendue du poumon gauche.

Le sommet de ce poumon est complètement mat, tandis que la sonorité est très-exagérée dans toutes les autres parties.

Le poumon droit paraît être indemne.

L'oreille droite, qui avait présenté les symptômes d'une otite moyenne, est à présent complètement sourde.

L'examen bactériologique des crachats a démontré la présence de nombreux bacilles de Koch.

Les tumeurs cutanées étant toutes guéries, sauf celle du bras, qui était recouverte d'une croûte; on ne put pas faire l'examen bactériologique; un morceau de croûte imbibé de sérum artificiel et traité par la méthode d'*Ehrlich* donna des résultats négatifs.

Cependant il nous semble que cette recherche négative ne saurait infirmer le diagnostic de tuberculose primitive de la peau, suivie de tuberculose pulmonaire. (La malade est morte de tuberculose pulmonaire à la fin du mois de décembre 1888.)

OBSERVATION III.

Monsieur Pl... , âgé de 27 ans, cordonnier, est le dernier rejeton d'une famille tuberculeuse.

Sauf la mère, qui est forte et saine, tous les autres membres sont morts de tuberculose.

Notre malade tousse un peu depuis deux ans, est pâle, mais non cachectique. Il souffre d'une bronchite chronique, qui de temps à autre, chaque fois que le malade s'expose au froid, donne une poussée aiguë.

L'examen du thorax permet de constater une submatité du sommet droit, mais aucun signe de caverne.

Le malade n'a jamais eu d'hémoptysie.

Les crachats vert-grisâtres sont assez abondants, surtout le matin.

A l'examen microscopique on ne retrouve ni fibres élastiques, ni bacilles de Koch.

Au mois de mai 1888, le malade s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur, qui en un mois atteignit les dimensions d'un œuf de moineau. Cette tumeur siégeait à la nuque, légèrement à gauche de la ligne médiane, au niveau de l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre cervicale. La peau qui la recouvre était d'une couleur rouge vineuse; la tumeur était adhérente aux parties profondes, assez douloureuse, vu le siège, et fluctuante. A ses bords cependant on sentait sur tout le pourtour une induration assez étendue.

Une incision pratiquée sur toute l'étendue du plus grand diamètre de la tumeur donna issue à une certaine quantité d'un liquide séro-sanguinolent, trouble, contenant de petits grumeaux.

En écartant les lèvres de l'incision on pouvait voir sur le fond de la cavité de petites granulations grises, jaunes et rougeâtres.

Un raclage énergique pratiqué avec la curette tranchante enleva toutes ces productions morbides.

Un tampon d'ouate trempé dans une solution de sublimé à 1 % fut passé à plusieurs reprises dans la cavité, qui fut ensuite soupoudrée avec de l'iodoforme en grande quantité. Une semaine après, la plaie était complètement guérie.

A l'examen histologique du produit du raclage on constata qu'il consistait de cellules groupées ensemble, en partie dégénérées, et dans quelques grumeaux on put voir nettement des cellules géantes et des cellules épi-thélioïdes.

L'examen bactériologique du liquide qui remplissait la cavité, fait selon la méthode de *Ehrlich*, nous permit de retrouver des bacilles de Koch en petite quantité; cependant dans trois préparations consécutives nous en avons toujours trouvé.

OBSERVATION IV.

Madame Ad..., âgée de 22 ans, veuve, de profession polisseuse, a toujours joui d'une bonne santé. Ses parents et ses nombreux frères et sœurs sont aussi très bien portants; il n'y a jamais eu dans la famille des tuberculeux. Son mari, au contraire, est mort de cette maladie.

Il y a six mois environ, à la suite d'une carie de la seconde molaire droite inférieure, il y eut formation d'un abcès, qui s'ouvrit du côté de la peau à trois centimètres environ en avant de l'angle du maxillaire inférieur. La fistule se ferma bientôt et tout rentra dans l'ordre.

Pendant ce temps la malade soignait son mari, qui, comme nous l'avons dit, mourait peu après de phthisie pulmonaire.

Il y a deux mois, M^{me} Ad . . . ressentit quelques douleurs à la place de l'ancien abcès et en même temps il se forma une petite tumeur au cou, au-dessous de l'emplacement de l'abcès antérieur. Cette tumeur augmenta petit à petit jusqu'à atteindre en deux mois les dimensions d'un œuf de poule. Pendant ce temps, en attribuant à la dent toutes ces manifestations, la malade se la fit extraire; il ne s'écoula point de pus par l'orifice d'extraction et la plaie se ferma bien vite. La tumeur continuant à se développer, elle se décida à tout faire pour s'en débarrasser.

Etat actuel (15 septembre 1888).

M^{me} Ad . . . n'est nullement souffrante, c'est seulement la crainte d'une cicatrice vicieuse et le désagrément causé par la présence de la tumeur qui l'amène chez le médecin.

Sur la partie inférieure de la joue droite, au milieu de la branche transversale du maxillaire inférieur, on observe une petite tumeur de la grandeur d'une amande, recouverte par une membrane mince, croûteuse, quasi-transparente. Immédiatement en arrière, on remarque une plaque rougeâtre de la grandeur environ d'une pièce de deux francs, irrégulière, légèrement bosselée; il y a quelques ganglions engorgés dans la région parotidienne et sousmaxillaire.

Au-dessous de cette lésion, séparée par un trait de peau saine d'environ trois travers de doigt, on remarque une tumeur de la grandeur d'un œuf de poule. Cette tumeur siège dans la partie moyenne de la région carotidienne droite entre le bord interne du muscle sterno-cleido-mastoïdien et la trachée immédiatement au-dessous du larynx.

A la palpation on peut constater une fluctuation très nette et l'adhérence de la néoformation à la peau, dont elle fait partie, et aux parties profondes.

Il n'y a pas et il n'y a jamais eu des douleurs spontanées, cependant la pression exercée sur la tumeur est douloureuse.

Une incision pratiquée de haut en bas laissa sortir une quantité de pus relativement petite (moins que 10 centimètres cubes) et les parois de la tumeur ne s'affaissèrent pas; il y avait dedans des bourgeons très développés, rouge pâle, atoniques, adhérents au fond.

Un stylet introduit dans la cavité chercha en vain un trajet de communication avec la tumeur supérieure et avec le maxillaire inférieur; la lésion semblait tenir aux ganglions profonds.

La tumeur vésiculaire ouverte laissa sourdre à peine une goutte de pus; elle était remplie d'une substance gélatineuse, ressemblant aux fongosités des tumeurs blanches des articulations.

Un stylet dirigé en arrière pénétra à travers ces fongosités dans une cavité anfractueuse très plate, circonscrite en avant par la plaque rouge et bosselée dont nous avons parlé, et en arrière par des parties molles; nous avons vainement essayé d'arriver sur l'os. Le stylet pouvait très aisément soulever la plaque rouge, qui était relativement mince et paraissait consister de l'épiderme et de la partie superficielle du derme, infiltré de granulations qui formaient les bosselures. En comprimant légèrement cette plaque contre l'os, on put faire sortir par l'orifice fongueux quelques gouttes d'un liquide trouble, absolument inodore, contenant de petits débris jaunes, plus petits que des grains de millet.

A l'examen microscopique ces grains se trouvent être constitués par une masse amorphe caséifiée; l'examen bactériologique démontra dans le pus et dans les fongosités des bacilles de Koch en assez grande quantité.

La malade étant encore en traitement, nous ne pouvons pas donner des renseignements sur les suites de la maladie.

Ce cas nous paraît assez démonstratif pour admettre une inoculation de la tuberculose, qui se serait faite par l'ouverture d'un abcès ou peut-être par une dent cariée.

Le mari tuberculeux, soigné pendant longtemps par la malade, aurait été la première cause de l'entrée de cette maladie dans une famille où elle ne s'était jamais montrée.

Dans la première et deuxième observation nous assistons à l'évolution des tubercules dermiques, qui restent exclusivement tels pendant un temps plus ou moins long, sans troubler autrement la santé générale.

Mais petit à petit, quelques mois et même quelques années plus tard, de nouvelles lésions tuberculeuses se manifestent; ce sont des abcès froids superficiels et profonds, des tumeurs blanches, des pleurésies simples ou doubles, des symptômes généraux de phthisie, enfin la tuberculose pulmonaire avec tout le cortège de ses symptômes. En conclusion, la maladie localisée d'abord exclusivement à la peau, sans une cause apparente qui puisse expliquer cette prédilection pour cet organe, se généralise ensuite.

La troisième observation est des plus banales; c'est un abcès tuberculeux sous-cutané chez un candidat à la phthisie, ou même on pourrait dire chez un phthisique.

Nous avons mis ce cas avec les autres pour en compléter la série et pour le faire servir comme terme de comparaison; nous pouvons voir la différence qu'il y a entre un tubercule hypodermique et les tubercules dermiques des autres observations (I et II).

Le quatrième cas présente un grand intérêt, d'abord, comme nous l'avons déjà fait remarquer, pour la probabilité de l'inoculation, qui démontrerait une fois de plus le contagiosité de la maladie, ensuite par le fait que la malade présentait, avec des lésions relativement limitées,

presques toutes les formes de la tuberculose cutanée et en outre la tuberculose des ganglions.

En effet à la joue on avait, outre des lésions qui se rapportent au lupus et aux tubercules dermiques — les limites de ces deux formes ne sont pas bien nettes — aussi des altérations présentant les caractères des tubercules hypodermiques avec lésion des ganglions.

Il est aussi probable que profondément il existait une lymphangite tuberculeuse réunissant les deux foyers de la maladie.

CONCLUSIONS.

I. La tuberculose peut atteindre toutes les parties de la peau et à des degrés différents.

II. Cette maladie localisée exclusivement à la peau est généralement bénigne; elle peut cependant se généraliser.

III. Une solution de continuité à la peau peut servir de porte d'entrée au virus de la tuberculose.

IV. La gravité de la maladie paraît être d'autant plus grave que la lésion est plus profonde.

V. Une déduction thérapeutique découle naturellement de nos conclusions: à la peau comme partout ailleurs il faut enlever le foyer tuberculeux; tout bénin qu'il soit, il constitue un danger permanent; c'est une mine qui peut faire explosion d'un moment à l'autre.

BIBLIOGRAPHIE.

Nous avons cité, chemin faisant, les principaux travaux qui se rapportent à notre sujet. Nous n'avons pas cependant la prétention d'avoir épuisé l'argument.

La bibliographie de la tuberculose, même restreinte à la peau, est tellement vaste que son étude critique aurait dépassé les limites de ce travail; en outre, si nous avions voulu tout voir, nous nous serions heurté à des difficultés très sérieuses. Qu'on nous pardonne les lacunes!



